



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**  
R Floriano Peixoto, 2021 – José Bonifácio- 60025-131  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230.3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@fortalnet.com.br

**PARECER CREMEC N.º 21/2010**

**21/06/2010**

**PROTOCOLO: 4117/2010**

**ASSUNTO:** Conduta médica em paciente terminal, com trissomia do cromossomo 18.

**INTERESSADO:** Direção do Hospital Geral Waldemar de Alcântara

**RELATOR:** Cons. Helvécio Neves Feitosa

**EMENTA:** A suspensão dos meios artificiais de manutenção da vida em paciente terminal não caracteriza *eutanásia passiva*, e sim, *ortotanásia*, considerada exercício regular e ético da profissão médica. A introdução ou manutenção de medidas terapêuticas extraordinárias ou desproporcionais em paciente terminal caracteriza *distanásia*, que deve ser evitada. Confirmada a condição de terminalidade da vida, há a obrigatoriedade de manutenção dos *cuidados paliativos*.

**DA CONSULTA**

A Direção do Hospital Geral Waldemar de Alcântara (HGWA) solicita parecer deste egrégio Conselho sobre o caso de um paciente internado na UTI Neonatal do referido nosocômio desde o dia 06/04/2010, proveniente de outro hospital, conforme abaixo relatado, *in verbis*:



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**  
R Floriano Peixoto, 2021 – José Bonifácio- 60025-131  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230.3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@fortalnet.com.br

*“RN prematuro de 31 semanas de idade gestacional, nascido de parto cesáreo, com Apgar 1/3/3 no 1º/5º/10º minutos, respectivamente, pesando 1880g, tendo sido intubado em sala de parto e colocado em ventilação mecânica, transferido para este serviço com poucas horas de vida, com desconforto respiratório e quadro grave de infecção neonatal com choque. Na admissão, observado que se tratava de paciente síndromico, sendo solicitado cariótipo. Realizado ecocardiograma que evidenciou CIV muscular de 5,5mm com shunt E-D + válvula bicúspide com indicação de bandagem cardíaca. Concomitante ao resultado do ecocardiograma, recebido o resultado do cariótipo que diagnosticou Síndrome de Edwards, Trissomia do cromossomo 18, patologia com prognóstico reservado, incompatível com a vida. A família foi então comunicada sobre o diagnóstico e o prognóstico do recém-nascido. Atualmente, a criança encontra-se em ventilação mecânica, evoluindo com insuficiência cardíaca, em uso de drogas vasoativas e diuréticos (medidas instituídas antes do resultado do cariótipo), anemia, alimentando-se por sonda nasogástrica e sob cuidados de enfermagem e fisioterápicos, além de médicos. Diante do prognóstico do paciente e tendo em mente os princípios bioéticos, solicitamos parecer sobre o que podemos considerar cuidados paliativos e em relação à manutenção da terapêutica em uso, a conduta em caso de extubação acidental. (...)”.*

## **DO PARECER**

Para abordar a complexidade do tema, teceremos algumas considerações sobre a entidade mórbida em questão, com ênfase no quadro clínico e no prognóstico, aspectos que consideramos de maior relevância para a discussão. Em seguida, abordaremos as principais questões éticas, bioéticas e legais envolvidas com a



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**  
R Floriano Peixoto, 2021 – José Bonifácio- 60025-131  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230.3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@fortalnet.com.br

terminalidade da vida, para ao final, correlacioná-las com o caso que motivou a consulta, em resposta ao que foi solicitado.

### **A criança com trissomia do cromossomo 18 (síndrome de Edwards)**

As gestações que se fazem acompanhar do trissomia do cromossomo 18 apresentam perdas elevadas, com mortalidade fetal entre 12 e 40 semanas chegando à cifra de 80% (Snijders *et al*, 1994; Nicolaidis *et al*, 2007).

A trissomia do 18, cujo primeiro relato foi descrito por Edwards *et al*. (1960), apresenta como principais características: baixo peso ao nascimento, acentuado retardo de crescimento e desenvolvimento, occipício proeminente, orelhas displásicas e de implantação baixa, esterno curto, malformações cardíacas, mãos fechadas com sobreposição do 2º sobre o 3º e do 5º sobre o 4º dedos, calcâneo proeminente e háluces dorsifletidos. O número de outras anomalias associadas é vasto, sendo descritos na literatura mais de 150 tipos diferentes. A sua incidência é estimada em 1:8.000 nascidos vivos, com ligeira predominância de indivíduos afetados do sexo feminino. Os estudos anátomo-patológicos permitiram delinear um amplo espectro de malformações dos órgãos internos nesta condição. Os sistemas mais acometidos são o sistema nervoso central, o cardiovascular, o digestivo e o geniturinário. O prognóstico é bastante reservado, pois cerca de 55 a 65% dos recém-nascidos afetados morrem na primeira semana de vida, 90% morrem até 6 meses de idade, com apenas 5 a 10% vivos no final do primeiro ano de vida. Os pacientes com mosaicismos da trissomia do 18 e trissomias parciais do mesmo cromossomo parecem apresentar sobrevida melhor (Sugayama *et al*., 1999).

Em nosso meio, em 24 casos de trissomia do 18 acompanhados no Hospital das Clínicas da USP num período de 21 anos (1974 a 1995), verificaram-se como principais resultados: todos os pacientes nasceram de baixo peso e foram pequenos para a idade gestacional. Todas as crianças evoluíram com hipotonia, dificuldade de desenvolvimento e atraso de desenvolvimento neuropsicomotor. A duração média de internação no berçário foi de 30,6 dias. Todos os pacientes necessitaram de incubadora com oxigênio no berçário logo após o nascimento, devido ao desconforto



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**  
R Floriano Peixoto, 2021 – José Bonifácio- 60025-131  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230.3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@fortalnet.com.br

respiratório e/ou ao baixo peso. Todos os casos foram alimentados através de sonda nasogástrica ou orogástrica devido à sucção débil, à hipotonia acentuada ou à presença de malformações orais (lábio leporino/fenda palatina). Oito pacientes com trissomia do 18 foram submetidos a procedimentos cirúrgicos: gastrostomia por atresia de esôfago (4), drenagem de pneumotórax (1), herniorrafia (1), flebotomia (1) e traqueostomia (1). Cinquenta por cento dos pacientes internados no berçário evoluíram com óbito. Dos que receberam alta do berçário, 90% necessitaram novas internações, tendo como causas mais freqüentes a broncopneumonia e a insuficiência cardíaca (Sugayama *et al.*, 1999).

No relato acima descrito, a sobrevida média dos casos de trissomia do 18 foi de 54,6 dias, sendo que dos 24 casos, 70% estavam vivos no primeiro mês e 13% no sexto mês de vida. As principais causas de óbito foram: septicemia, insuficiência cardíaca congestiva, broncopneumonia e apnéia. Havia apenas dois casos com sobrevida prolongada (definida como sobrevida acima de um ano): um com 3 anos e 3 meses e um com 2 anos, à época da publicação (1999). Ambos os casos apresentavam déficit pômbero-estatural acentuado, atraso grave de desenvolvimento neuropsicomotor, malformações cardíacas, além de outras malformações. Ao analisar as sobrevidas de outras casuísticas da literatura sobre o tema, Sugayama *et al.* (1999) nos informam: numa publicação de 192 casos de Weber *et al.* (1964), a sobrevida de 6 meses foi de 13%, de 8% com um ano e 1% com 5 anos de vida; no relato de 43 casos de Carter *et al.* (1985), a sobrevida de 6 meses foi de 5%, sem sobreviventes com um ano; em 76 casos de Goldstein & Nielsen (1988), a sobrevida de 6 meses foi 3%, também sem sobreviventes ao final do primeiro ano de vida; nos 64 casos descritos por Root & Carey (1994), havia 9% de sobreviventes com 6 meses e 5% com um ano de vida.

### **Aspectos éticos, bioéticos e legais na terminalidade da vida**

O Código de Ética Médica, no capítulo dos Princípios Fundamentais (Capítulo I), estabelece:

“(…)



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**  
R Floriano Peixoto, 2021 – José Bonifácio- 60025-131  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230.3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@fortalnet.com.br

*XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados". (grifo nosso).*

O mesmo Código, no capítulo que trata da Relação com Pacientes e Familiares (Capítulo V), determina ser vedado ao médico:

*"Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.*

*Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis e obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal". (grifo nosso).*

Sabemos ser antiga a interferência humana no momento da morte, mas tal ingerência ganhou especial relevância em face da intensa evolução biotecnológica ocorrida na segunda metade do século XX. Em nossos dias, é possível prolongar artificialmente a existência de um doente, ainda que a medicina não lhe possa oferecer nenhuma expectativa de cura ou mais conforto em tal prolongamento.

Para que se possa aclarar o posicionamento deste Conselho diante da complexidade do caso que motivou a consulta, mister se faz, em princípio, que discutamos os principais conceitos relacionados com a intervenção humana no final da vida. Neste sentido, nos vem à mente em primeira mão o conceito de *eutanásia*, que embora haja diferenças com relação à sua definição precisa, o sentido mais comumente empregado relaciona a expressão com a *antecipação da morte de paciente incurável, geralmente terminal e em grande sofrimento, movido por compaixão para com ele* (Villas-Bôas, 2008). A menção de antecipação da morte é hoje um dos aspectos mais lembrados do conceito, servindo para diferenciar a *eutanásia* da *ortotanásia* (ou limitação terapêutica), condição em que não se antecipa a morte, deixando-se apenas de retardá-la indevidamente. Elio Sgreccia, citando a definição



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**  
R Floriano Peixoto, 2021 – José Bonifácio- 60025-131  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230.3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@fortalnet.com.br

proposta por Marcozzi, nos informa: *por eutanásia entende-se a supressão indolor ou por piedade de quem sofre ou se considera que sofra e possa sofrer no futuro de forma insuportável* (Sgreccia, 2009, p.856). Esta definição alinha-se à dada pela *Declaração sobre a Eutanásia (Iura et Bona)* da Congregação para a Doutrina da Fé, de 05 de maio de 1980, onde se escreve ainda mais analiticamente: *Por eutanásia, entendemos uma ação ou omissão que, por sua natureza ou nas intenções, provoca a morte a fim de eliminar toda a dor.* A encíclica *Evangelium Vitae*, de João Paulo II, retoma esta definição (nº 65), ou, com mais exatidão, o documento pontifício diz “*por sua natureza e nas suas intenções*”, em vez de “*por sua natureza ou nas suas intenções*” (Sgreccia, *op. cit.*, p.857).

Com base nos elementos do conceito proposto de *eutanásia*, é possível classificá-la em diferentes tipos, o que contribui para dificultar a sua definição precisa. Neste sentido, é possível classificá-la quanto ao *modo de atuação do agente (eutanásia ativa e passiva)*; quanto à *intenção que move a atuação do agente (eutanásia direta e indireta*, esta última também chamada de *duplo efeito*) e quanto à *vontade do paciente (voluntária e involuntária)*; quanto à *finalidade do agente (eutanásia libertadora, eliminadora e econômica)*, dentre outras menos difundidas.

Ao nos reportarmos à forma de atuação do agente (ou ao modo de execução), divide-se a *eutanásia* em *ativa*, quando decorrente de uma atitude positiva, comissiva; e *passiva*, quando o resultado morte é obtido a partir de uma conduta omissiva. Atente-se para o fato de que as condutas médicas restritivas não devem ser confundidas com a *eutanásia passiva*, embora seja corriqueiro confundi-las, conforme nos adverte Villas-Bôas (2008). A *eutanásia passiva*, bem como a *ativa*, buscam o mesmo resultado, que é promover a morte, a fim de, com ela, eliminar o sofrimento. Elas diferenciam-se apenas no meio empregado, que é a ação numa e a omissão na outra. Por outro lado, nas ações médicas restritivas, o objetivo não é matar, mas evitar prolongar indevidamente a situação de esgotamento físico e sofrimento intenso, ou o processo do morrer, sendo esta postura identificada com a *ortotanásia*.



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**  
R Floriano Peixoto, 2021 – José Bonifácio- 60025-131  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230.3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@fortalnet.com.br

A compreensão da sutileza da diferença conceitual entre *eutanásia passiva* e *ortotanásia* tem toda relevância, na medida em que responde pela diferença do tratamento jurídico proposto: a ilicitude daquela e a licitude da última condição. *Na eutanásia passiva, omitem-se ou suspendem-se arbitrariamente condutas que ainda eram indicadas e proporcionais, que poderiam beneficiar o paciente* (Villas-Bôas, 2008). Nem todo paciente em uso de suporte artificial de vida é terminal ou não tem indicação da medida. As condutas médicas restritivas, por outro lado, têm por base critérios médico-científicos de indicação ou não-indicação de uma medida, conforme a sua utilidade para o paciente, optando-se pela não adoção da medida, quando esta já não exerce a função que deveria exercer, servindo apenas para prolongar artificialmente a existência terminal, sem melhorá-la. Portanto, a *eutanásia passiva* consiste na suspensão ou omissão deliberada de medidas que seriam indicadas naquele caso, enquanto na *ortotanásia* há omissão ou suspensão de medidas que perderam a sua indicação, por resultarem inúteis para aquele indivíduo, no estágio da doença em que se encontra. Ainda no sentido de enfatizar esta distinção, Azevedo (2002) define *eutanásia passiva como o ato de provocar deliberadamente a morte de um paciente por omissão; porém deixar de prover um tratamento fútil não seria propriamente um ato de eutanásia*. Para sintetizar, Villas-Bôas esclarece: *na eutanásia passiva suspende-se ou omite-se a medida, a fim de matar; na ortotanásia, a fim de não protelar o sofrer em vão*.

Lembrar que, mesmo já sem indicação médica, certas medidas podem ser mantidas a pedido do paciente, quando ele deseja tal prolongamento, por motivos diversos. Em outros casos, quando o paciente já não é capaz de decidir e quando a falta de indicação da continuidade terapêutica deve ser comunicada à família, para fins de retirar o suporte, pode ser que a mesma solicite a manutenção fútil por um tempo determinado, por alguma razão específica, por exemplo, aguardar a chegada de algum familiar. Enfatize-se também que mesmo a pedido da família, as medidas não devem ser mantidas indefinidamente, pois isso proporcionaria agressão desnecessária ao paciente, o que não é objetivo e nem dever dos médicos. A vida só deve ser



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**  
R Floriano Peixoto, 2021 – José Bonifácio- 60025-131  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230.3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@fortalnet.com.br

prolongada artificialmente sem indicação se essa for a vontade expressa do doente. Assim se manifesta Santos: *o médico (e só ele) não é obrigado a intervir no prolongamento da vida do paciente além do seu período natural, salvo se tal lhe for requerido expressamente pelo doente.*

A *ortotanásia*, cujo nome provém dos radicais gregos: *orthos* (reto, correto) e *thanatos* (morte), indica a morte a seu tempo, correto, nem antes e nem depois (Villas-Bôas, 2008). Assim, na *ortotanásia*, o médico não interfere no momento do desfecho letal, nem para antecipá-lo, nem para adiá-lo. Com esta atitude, não se pode dizer que haja encurtamento do período vital, uma vez que já se encontra em natural e inevitável esgotamento. Portanto, não se recorre a medidas que, sem terem condições de reverter o quadro terminal, apenas resultam em prolongar o processo de sofrer e morrer para o paciente e sua família. Decisões de não-tratamento, de omissão ou de suspensão de suporte vital fútil não são e nem devem ser consideradas atos de *eutanásia*, mas de exercício médico regular. Neste contexto, nos orientam Pessini e Barchifontaine: *iniciar ou continuar um tratamento que é medicamente fútil ou que não preveja um efeito benéfico é considerado prática não-profissional. Nenhum médico é obrigado a iniciar um tratamento que é ineficaz ou que resulta somente no prolongamento do processo do morrer. Aliviar a dor e o sofrimento é considerado um dever médico, mesmo quando as intervenções implicam que a vida pode ser abreviada como consequência.*

A prática da *ortotanásia* tem como desiderato evitar a *distanásia* que é, por sua vez, a morte lenta e sofrida, prolongada, distanciada pelos recursos médicos, à revelia do conforto e da vontade do indivíduo que morre (Villas-Bôas, 2008). É uma consequência do abuso na utilização desses recursos, mesmo quando absolutamente infrutíferos para o paciente, de maneira desproporcional, impingindo-lhe maior sofrimento ao prolongar, sem reverter, o processo de morrer já em andamento.

A *distanásia* corresponde à obstinação ou encarniçamento terapêuticos. O termo *tratamento fútil* (ou *futilidade terapêutica*) provém do inglês *medical futility* e é mais utilizado nos países anglo-saxões, particularmente nos EUA. Nos países europeus





Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**  
R Floriano Peixoto, 2021 – José Bonifácio- 60025-131  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230.3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@fortalnet.com.br

opta-se pelo termo *obstinação terapêutica* e se origina do francês *l'acharnement thérapeutique* (também traduzido como *encarniçamento terapêutico*), expressão a indicar *o comportamento médico que consiste em utilizar processos terapêuticos cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos do mal a curar, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado, menor que os inconvenientes previsíveis* (Pessini & Barchifontaine, 2000, p.320).

Ao se suspender tratamentos fúteis, não se está a promover o encurtamento do tempo de vida, e sim, deixando de alongá-lo artificial e indevidamente, maltratando o paciente, sem lhe gerar benefício com isso. Na visão de Villas-Bôas: *o acréscimo de dias ou horas a uma existência que se tornou um ônus e uma tortura para o indivíduo, por vezes contra a sua vontade, quando o organismo já se encontra em falência global e irremediável, não pode ser visto como benefício ou dever médico*. Borges nos alerta que a obstinação terapêutica é *uma prática médica excessiva decorrente diretamente das possibilidades oferecidas pela tecnociência e como fruto de uma teimosia de estender os efeitos desmedidamente, em respeito à condição da pessoa doente*.

Como opção correta à *obstinação terapêutica* há os *cuidados paliativos* que, diferentemente da *distanásia*, são sempre devidos em casos de pacientes terminais, pois correspondem à proteção da dignidade da pessoa, como atitude de respeito pelo ser humano. *Por cuidados paliativos entendem-se os cuidados que visam ao conforto do paciente, sem interferir propriamente na evolução da doença e de que são exemplos a analgesia e outras medicações sintomáticas, a higienização, a atenção devida à pessoa e à família naquele momento de dificuldade* (Villas-Bôas, 2008). São as ações empregadas no paciente terminal que têm como principal objetivo melhorar a sua qualidade de vida. Podemos entender os *cuidados paliativos* como a promoção da dignidade no final da existência. Elio Sgreccia (*op. cit.*, p.874), religioso (Bispo titular de Zama Minore e presidente da Academia Pontifícia para a Vida) e bioeticista, defende que “morte com dignidade”, *desde que não pretenda subentender formas veladas de eutanásia, exprime uma indicação eticamente aceitável e polarizada*. Enfatiza também



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**  
R Floriano Peixoto, 2021 – José Bonifácio- 60025-131  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230.3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@fortalnet.com.br

*ser muito importante proteger, no momento da morte, a dignidade da pessoa e a condição cristã da vida contra um “tecnicismo” que corre o perigo de se tornar abusivo.*

No contexto da terminalidade da vida, ao se falar em *omissão* ou *suspensão do suporte vital*, geralmente se quer aludir ao desligamento ou à não introdução de aparelhos de ventilação mecânica e à omissão ou interrupção do uso de drogas que estimulam o funcionamento cardíaco (vasoativas). Pode-se incluir também a ordem de não-reativar (ONR). Com menos freqüência, discute-se a omissão de métodos dialíticos nos casos de vítimas de falência renal, a não iniciação de antibióticos em casos de infecções e, ainda, mais raramente, a suspensão da hidratação e da nutrição providas por meios artificiais.

A suspensão da hidratação e da nutrição é motivo de controvérsia. A Pontífica Academia das Ciências *recomenda que a nutrição e a hidratação façam parte dos cuidados paliativos – que passam a se denominar, então, cuidados básicos – e não devem ser suspensas por estarem ligadas ao respeito devido no lidar com o ser humano, à sua dignidade, posição acatada por muitos profissionais e estudiosos do Direito* (Villas-Bôas, 2008). Há autores, entretanto, que se manifestam a favor da suspensão da nutrição provida por via artificial em determinadas situações, nas quais seria considerada desproporcional em face da gravidade do paciente, quando mesmo procedimentos relativamente simples dessa ordem possam acarretar profundo e incontornável incômodo (Beauchamp & Childress, 2002). Para tais pacientes, a morte está tão iminente que possivelmente advirá em consequência da patologia, antes mesmo que os efeitos da inanição possam se tornar fatais. Tais casos podem existir, mas devem ser considerados excepcionais, sendo a regra a manutenção de tais cuidados, ditos ordinários.

De uma maneira geral, deve-se considera que a alimentação e a hidratação são necessidades permanentes e absolutas da condição humana. Sem a sua manutenção, o resultado morte é certeza e consequência inevitável. A suspensão de outros mecanismos artificiais, embora possa, de fato, acarretar a morte como consequência direta e mesmo previsível de sua interrupção, não é certeza tão absoluta e, se vier a



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**  
R Floriano Peixoto, 2021 – José Bonifácio- 60025-131  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230.3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@fortalnet.com.br

ocorrer, teria como *causa mortis* a doença que demandou o referido auxílio artificial e que já não responde aos demais tratamentos.

Com relação aos aspectos legais, o Código Penal brasileiro de 1940 precede a revolução tecnológica ocorrida na segunda metade do século XX e não tinha como prever situações dessa magnitude. Como alternativa, podemos recorrer a interpretações dadas pelos atuais aplicadores do Direito, para buscar algumas respostas, em vez do formalismo legal.

Do ponto de vista jurídico, *discute-se se as condutas médicas restritivas são hipóteses de homicídio privilegiado (equiparando-se, portanto, à eutanásia), omissão de socorro ou mero exercício regular da profissão*, conforme nos alerta Villas-Bôas (2008). Na visão desta autora, *o fato de os recursos médicos existirem não os torna, automaticamente, de aplicação obrigatória*. As opções de tratamento são indicadas ou não conforme o benefício que representem para o interessado. Continua Villas-Bôas: *O direito à vida não implica uma obrigação de sobreviver, além do período natural, mediante medidas por vezes desgastantes e dolorosas, colocando em séria ameaça a dignidade humana do doente. Muitas vezes, a adoção de tais medidas extrapola o que deveria ser para seu benefício e entra na esfera da mera obstinação terapêutica*. Nesta situação, constitui-se válida a aplicação do *princípio da não-maleficência*, ou seja, *quando a atuação médica já não for capaz de acrescentar benefícios efetivos ao paciente, é mister, ao menos, não lhe aumentar os sofrimentos, mediante atuação indevida e obstinada para tão-somente prolongar impositivamente a existência terminal*.

Em análise jurídica de situações hipotéticas, Villas-Bôas (2008) aborda, dentre outras, a do médico que deixa de reanimar paciente terminal, após discutida com a equipe, a família e o paciente a ausência de perspectivas da medida. Uma situação típica de *ortotanásia*, que no entendimento daquela autora, não configuraria omissão, mas sim um atuar dentro da boa prática profissional.

Na opinião de Paulo Daher Rodrigues (1993): *há quem veja ainda uma hipótese de eutanásia na atitude do médico que se abstém de empregar os meios terapêuticos para prolongar a vida do moribundo. Mas nenhuma razão obriga o médico a fazer durar*



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**  
R Floriano Peixoto, 2021 – José Bonifácio- 60025-131  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230.3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@fortalnet.com.br

*por um pouco mais uma vida que natural e irremediavelmente se extingue, a não ser por solicitação especial do paciente.* Neste mesmo contexto, se manifesta Santos (1992): *nestes casos não existe uma omissão de socorro em sentido penal, pois o enfermo não se acha em situação de abandono... e, por outro lado, tratando-se de incuráveis, uma assistência extremada seria ineficaz para impedir a morte que se acerca. Nestes casos se fez tudo que era possível fazer.* Em tais situações, a obrigação médica passa a ser de cuidado, de palição, de conforto, não mais de tratamentos agressivos e sem maiores perspectivas.

### **Análise do caso**

Com relação ao caso em tela, algumas questões precisam ser esclarecidas: trata-se de um paciente terminal? O emprego e manutenção da ventilação mecânica, de drogas vasoativas e de diuréticos constituem-se em medidas extraordinárias ou desproporcionadas? A sua suspensão caracteriza uma forma de *eutanásia* ou uma boa prática médica? Se não devem ser adotados cuidados extraordinários, quais os cuidados ordinários necessários? O que vêm a ser *cuidados paliativos* no presente caso?

Questões médico-assistenciais e éticas difíceis são levantadas quanto à instituição ou não de tratamentos invasivos de um recém-nascido com trissomia do 18 (ou outra patologia de gravidade e evolução semelhante), particularmente em virtude do prognóstico reservado desta condição mórbida.

Comprova-se, pela revisão da literatura, que a trissomia do cromossomo 18 é uma condição invariavelmente grave, incapacitante e os raros sobreviventes que ultrapassam um ano de vida apresentam déficit de crescimento acentuado e retardo mental profundo. Há praticamente consenso nas publicações de que, em virtude do prognóstico ominoso, estas crianças não devam ser submetidas a procedimentos invasivos (de acordo com vários autores citados por Sugayama *et al.*, 1999).

A pergunta que nos fazemos é: o paciente com trissomia do 18 enquadra-se no conceito de paciente terminal? *O paciente terminal é definido como sendo aquele cuja*



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**  
R Floriano Peixoto, 2021 – José Bonifácio- 60025-131  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230.3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@fortalnet.com.br

*condição é irreversível, independentemente de ser tratado ou não, e que apresenta uma alta probabilidade de morrer num período relativamente curto de tempo (p. ex.: três a seis meses) (Kipper, 1999). Pelo exposto com relação à doença, a condição é irreversível, a sobrevida de seis meses gira em torno de 10% (alta probabilidade de morrer), sendo poucos os casos que ultrapassam um ano de vida. Portanto, sou de opinião que podemos enquadrar estes casos no conceito de *paciente terminal*.*

O fato do paciente ter cromossomopatia associada a retardo mental profundo ou não, não deve influenciar na conduta a ser tomada, pois caracterizaria eugenia, com forte conotação *nazi*. Por outro lado, do ponto de vista biológico, na medida em que a cura é impossível, devem-se objetivar, então, todas as medidas que visem ao conforto e alívio do sofrimento, ou seja, o princípio da não-maleficência passa a ter prioridade sobre o da beneficência. Essa decisão só deve ser corretamente tomada se precedida de ampla discussão, até a obtenção de consenso dentro da equipe médica, se possível, de comum acordo com o representante legal do paciente.

O processo de obtenção de um consenso dentro da equipe médica, conforme nos orienta Kipper (1999), deve incluir os seguintes passos: certeza do diagnóstico; certeza do prognóstico; conduta padrão (*standard*) da comunidade científica em casos semelhantes; legalidade da conduta proposta; respeito à autonomia do médico assistente; desejo do paciente ou seu representante legal; norma da instituição de saúde; sentimento emanado do restante da equipe de saúde, especialmente da enfermagem, quando incluída na discussão; expectativa da sociedade, especialmente da comunidade à qual pertence o paciente. Ainda de acordo com o mesmo autor, o início do processo para a obtenção de um consenso pode ser desencadeado pelo médico assistente, pelo médico chefe da unidade ou por solicitação do paciente – ou, na impossibilidade deste, por seu representante legal. Kipper é de opinião que, em qualquer dessas situações, nenhuma decisão de retirada de suporte vital, não oferta de suporte vital ou ordem de não-reanimação (ONR) pode ser colocada em prática sem a concordância do paciente ou de seu representante legal.



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**  
R Floriano Peixoto, 2021 – José Bonifácio- 60025-131  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230.3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@fortalnet.com.br

Lembrar que o médico assistente tem direito ao exercício de seus valores e crenças religiosas. Se tiver problemas de consciência com o que estiver sendo proposto por outros médicos ou solicitado pelo representante legal do paciente, não concordando, poderá referi-lo a outro colega, desde que sem prejuízo para o paciente.

### **Parte conclusiva**

Em resposta aos questionamentos anteriormente levantados e à Direção de instituição de saúde que demandou este parecer, somos de opinião que se trata de um *paciente terminal*. Portanto, a suspensão dos meios artificiais de manutenção da vida (ventilação mecânica, drogas vasoativas, transfusão de sangue, diuréticos e antibióticos) não caracteriza *eutanásia passiva*, e sim, *ortotanásia*. Os *cuidados paliativos* devem ser mantidos sempre em tais situações. Tais cuidados compreendem principalmente a promoção do conforto, higienização, hidratação, alimentação e analgesia se necessário, além de apoio psicossocial à família.

A conduta de suspensão dos meios artificiais de manutenção da vida, ou de prolongamento do processo do morrer, deve ser fruto de um consenso da equipe assistencial, em decisão, se possível, compartilhada com o representante legal do paciente. As medidas atualmente adotadas não apresentam condições de reverter o quadro terminal. A decisão de omissão de novas medidas ou de suspensão de suporte vital fútil evita a caracterização de *distanásia* - uma prática médica não recomendável.

A falta de indicação da continuidade terapêutica deve ser comunicada à família, sendo de bom alvitre que a suspensão dos meios artificiais fúteis seja feita em comum acordo com o representante legal do paciente. Pode ser que a família solicite a manutenção fútil por um tempo determinado, por alguma razão específica e legítima. Deve ficar claro, entretanto, que mesmo a pedido da família, a obstinação terapêutica não deve ser mantida indefinidamente, por promover agressão desnecessária ao paciente, não sendo dever do profissional de saúde tal manutenção. O único ente inquestionável a requerer prolongamento artificial da vida além do seu período natural é o próprio paciente, situação impossível de ser contemplada no caso em tela.



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**  
R Floriano Peixoto, 2021 – José Bonifácio- 60025-131  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230.3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@fortalnet.com.br

### Referências Bibliográficas

- Azevedo, M.A.O. *Bioética fundamental*. Porto Alegre: Tomo, 2002. p.183.
- Beauchamp, T; Childress, J. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola, 2002. p.229.
- Borges, R.C.B. Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado. In: Santos, M.C.C.L. *Biodireito: ciência da vida, os novos desafios*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p.283-305.
- Edwards, J.H.; Harden, D.J.; Cameron, A.H. et al. A new trissomic syndrome. *Lancet*, v.1, p.787-9, 1960.
- Kipper, D.J. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade. *Revista Bioética*, v.7, n.1, 1999. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/bioetica/index.php?selecionaRevista=13&opcao=revista> (acesso em 06/06/2010).
- Nicolaidis, K.H.; Duarte, L.B.; Marcohm, A.C.; Duarte, G. Rastreamento para anomalias cromossômicas no primeiro trimestre da *gestação*. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, v.29, n.12, p.647-53, 2007.
- Pessini, L; Barchifontaine, C.P. *Problemas atuais de bioética*. 5ª Ed. São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo, 2000. p.303.
- Rodrigues, P.D. *Eutanásia*. Belo Horizonte: Del Rey, 1993. p.132.
- Santos, M.C.C.L. *Transplante de órgãos e eutanásia: liberdade e responsabilidade*. São Paulo: Saraiva, 1992. p.222.
- Sgreccia, E. *Manual de Bioética: fundamentos e ética biomédica*. Cascais: Principia, 2009. 958p.
- Snijders, R.J.; Sebina, N.J.; Nicolaidis, K.H. Maternal age and gestational age-specific risks for chromosomal defects. *Prenat. Diagn.* v.14, n.7, p.543-52, 1994.



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**  
R Floriano Peixoto, 2021 – José Bonifácio- 60025-131  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230.3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@fortalnet.com.br

Sugayama, S.M.M.; Kim, C.A.; Leone, C.R. et al. História natural de 24 pacientes com trissomia do 18 (síndrome de Edwards) e de 20 pacientes com trissomia do 13 (síndrome de Patau). *Pediatria (São Paulo)*, v.21, n.1, p.69-77, 1999.

Villas-Bôas, M.E. A ortotanásia e o direito penal brasileiro. *Revista Bioética*, v.16, n.1, p.61-83, 2008.

Este é o parecer, salvo melhor juízo.

Fortaleza, 21 de junho de 2010.

---

Cons. Helvécio Neves Feitosa  
Relator